

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925

THÈSE **228**

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

ROBERT ISNEL

Né à Vizille (Isère), le 26 Janvier 1896

SÉMÉIOLOGIE

DES

OEDÈMES CHRONIQUES

DE LA CONJONCTIVE

Président : M. LECENE, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1925

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925

THÈSE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

ROBERT ISNEL

Né à Vizille (Isère), le 26 Janvier 1896

SÉMÉIOLOGIE

DES

OEDÈMES CHRONIQUES

DE LA CONJONCTIVE

Président : M. LECENE, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1925

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNÉO.
Physiologie.	Ch. RICHET.
Physique médicale.	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale.	DESGREZ.
Bactériologie.	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.	SICARD.
Pathologie chirurgicale.	LECÈNE.
Anatomie pathologique.	LETULLE.
Histologie.	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.	RICHAUD.
Thérapeutique.	CARNOT.
Hygiène.	Léon BERNARD.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER.
Clinique médicale.	GILBERT.
	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
	MARFAN.
	NOBÉCOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants.	JEANSELME.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	TEISSIER.
Clinique des maladies du système nerveux.	DELBET.
Clinique des maladies infectieuses.	HARTMANN.
Clinique chirurgicale.	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	De LAPERSONNE.
Clinique urologique.	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	BROCA Auguste.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAD.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale.	LABBÉ (Henri). . .	Chimie biologique.
ALGLAVE.	Pathologie chirurgi- cale	LARDENNOIS. . .	Pathologie chirurgi- cale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.	LE LORIER.	Obstétrique.
BASSET.	Pathologie chirurgi- cale	LEMAITRE.	Oto-rhino-laryngolo- gie.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.	LEMIERRE.	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.	LÉVY SOLAL. . . .	Obstétrique.
BLANCHETIERE.	Chimie biologique.	LHERMITTE. . . .	Pathologie mentale.
BRANCA.	Histologie.	LIAN.	Pathologie médicale.
BRULÉ.	Pathologie médicale.	MATHIEU.	Pathologie chirurgi- cale.
BUSQUET.	Pharmacologie et ma- tière médicale.	METZGER.	Obstétrique.
CADENAT	Pathologie chirurgi- cale	MOCQUOT.	Pathologie chirurgi- cale.
CHAMPY.	Histologie.	MONDOR.	Pathologie chirurgi- cale
CHIRAY.	Pathologie médicale.	MOURE.	Pathologie chirurgi- cale.
CLERC.	Pathologie médicale.	MULON.	Histologie.
DEBRÉ.	Hygiène	PHILIBERT. . . .	Bactériologie.
I. de JONG	Anatomie pathologi- que.	RIBIERRE	Pathologie médicale.
DUVOIR	Médecine légale.	RICHET Fils. . . .	Physiologie.
ÉCALLE.	Obstétrique.	ROUVIERE.	Anatomie.
FIESSINGER. . . .	Pathologie médicale	STROHL.	Physique médicale.
FOIX.	Pathologie médicale.	TANON.	Pathologie médicale.
GARNIER.	Pathologie expéri- mentale.	TIFFENEAU	Pharmacologie et ma- tière médicale.
HARVIER.	Pathologie médicale.	VAUDESCAL. . . .	Obstétrique
HEITZ-BOYER. . .	Urologie.	VERNE.	Histologie.
HOVELACQUE. . .	Anatomie.	VILLARET.	Pathologie médicale.
JOYEUX	Parasitologie.	WELTER.	Ophthalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
CAMUS	Physiologie.	RETTERER.	Histologie.
GOUGEROT. . . .	Pathologie médicale.	ROUSSY.	Anatomie pathologi- que.
GUÉNIOT.	Obstétrique.		

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY.	Clinique chirurgicale.	OMBRÉDANNE. .	Clinique chirurgicale infantile.
CHEVASSU.	Clinique chirurgicale.	PROUST.	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.	RATHERY.	Clinique médicale.
LEREBoullet. .	Clinique médicale infantile.	SCHWARTZ . . .	Clinique chirurgicale.
LÉRI.	Clinique médicale.	TERRIEN.	Clinique ophtalmologique.
LÖPER.	Clinique médicale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.		Stomatologie.
N...		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD.		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*en témoignage de ma profonde affection
et de ma grande reconnaissance.*

A MON FRÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR LECÈNE

A MON MAÎTRE
MONSIEUR LE DOCTEUR MORAX

A MON MAÎTRE
MONSIEUR LE DOCTEUR CHAILLOUS

A MON MAÎTRE
MONSIEUR LE DOCTEUR LEGRY

A MONSIEUR LE DOCTEUR MÉRIGOT DE TREIGNY

*qui m'a si aimablement accueilli dans
son service.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Hôpitaux de Lyon

M. LE DOCTEUR LECLERC (1918-1919).
(1919-1920).

Hôpitaux de Paris

(Externat)

M. LE DOCTEUR POULARD (1920-21).
M. LE DOCTEUR FREDET (1920-21).
M. LE DOCTEUR LEGRY (1921-22).
M. LE DOCTEUR MORAX (1922-23).
(1923-24).
(1924-25).

Hospice National des Quinze-Vingts

M. LE DOCTEUR CHAILLOUS (1923-24).
(1924-25).

Séméiologie des Œdèmes chroniques dans la Conjonctive

Nous avons pu suivre dans le service d'ophtalmologie de l'hôpital Lariboisière un certain nombre d'œdèmes de la conjonctive, œdèmes de la conjonctive palpébrale, bulbaire, ou généralisés à toute la muqueuse.

Mais les cas les plus intéressants avaient trait aux épanchements de la portion bulbaire de la muqueuse, épanchements que nous étudierons tout spécialement, passant rapidement sur les œdèmes aigus, nous nous arrêterons plus longuement sur les œdèmes chroniques de cette partie de la conjonctive. La portion bulbaire présente, au point de vue anatomique, quelques particularités expliquant, d'une part, la facilité de l'épanchement à ce niveau et, d'autre part, le retentissement sur la muqueuse conjonctivale entourant la cornée des affections de la séreuse de Tenon.

En effet, au niveau du bulbe, la conjonctive n'est fixée à la sclérotique que par un tissu lâche pouvant être soulevé par l'œdème sur une assez grande surface, alors qu'au niveau du tarse, tarse et muqueuse sont unis intimement.

De plus, la capsule de Tenon et le tissu tenonien communiquent avec le tissu cellulaire sous-conjonctival par

l'intermédiaire des gaines que forme la capsule aux tendons des muscles moteurs, gaines qui vont se perdre à la périphérie de la cornée : c'est le chemin suivi par le liquide épanché dans la séreuse de Tenon pour aller infiltrer le tissu périkératique.

Enfin, la vascularisation de la conjonctive bulbaire est spéciale; alors que la conjonctive tarsienne — celle des culs-de-sac et de la partie bulbaire périphérique — est irriguée par le système palpébral, la portion périkératique de la muqueuse reçoit ses artères et ses veines des vaisseaux du segment antérieur du globe, par l'intermédiaire des branches conjonctivales antérieures, issues des ciliaires antérieurs, issues elles-mêmes des artères musculaires.

Les œdèmes qui envahissent cette portion bulbaire peuvent être inflammatoires ou non inflammatoires, mécaniques, aigus ou chroniques, etc...

Nous ne nous arrêterons pas sur la pathogénie de ces œdèmes, qui est très discutée.

Le chémosis, quand il est aigu, s'accompagne presque toujours de signes généraux et fonctionnels marqués qui attirent d'emblée l'attention du clinicien : il est alors secondaire à une affection aiguë de la conjonctive, de l'œil ou de l'orbite.

L'œdème chronique, au contraire, a souvent une évolution discrète; il faut le rechercher avec soin à la périphérie de la cornée; il s'accompagne de peu de signes réactionnels et c'est le plus souvent à l'occasion d'un examen pour une autre affection oculaire qu'on le découvre;

il est parfois peu marqué, existant seulement aux parties déclives de la cornée.

C'est en plissant la conjonctive sur la sclérotique avec le bord ciliaire de la paupière inférieure que l'on peut mettre en évidence un début d'œdème.

Le diagnostic étiologique de ces œdèmes chroniques est parfois très difficile; et si souvent le chémosis peut être mis sur le compte d'une affection de la conjonctive, de la séreuse de Tenon, de l'œil, de l'orbite, des fosses nasales, etc., etc..., ou d'une maladie générale, souvent l'origine de cette infiltration conjonctivale ne peut pas être découverte malgré les examens cliniques les plus variés (Obs. 6, 7, 9, 12).

Nous étudierons la séméiologie de ces œdèmes, mettant dans un chapitre à part le chémosis par relâchement de la conjonctive chez le vieillard, et l'épanchement résultant d'une fistule traumatique ou opératoire (sclérecto-iridectomie) faisant communiquer la chambre antérieure et les espaces sous-conjonctivaux.

Nous passerons rapidement dans chaque chapitre sur le chémosis qui accompagne les affections aiguës des paupières (abcès, furuncle, anthrax, érysipèle, œdème malin, abcès prélacrymal d'origine dentaire), du sac lacrymal (dacryopéricystite aiguë), de l'orbite, des sinus, etc...

Dans ces formes aiguës, l'œdème conjonctival n'est qu'un symptôme isolé au milieu de beaucoup d'autres bien plus importants au point de vue du diagnostic de l'affection en cause; tandis qu'au contraire, certains épanchements chroniques semblent résumer à eux seuls toute la maladie.

Nous nous arrêterons très peu sur le chémosis accompagnant les plaies des paupières, du globe, les fractures de l'orbite, etc..., qu'il s'agisse d'un épanchement sanguin ou inflammatoire local, ou de l'œdème conjonctival symptomatique d'un phlegmon de l'orbite, secondaire à l'infection qui a suivi le trauma.

Nous laisserons de côté aussi les œdèmes produits par les agents physiques et par certaines substances chimiques (gaz toxiques, jéquirity, etc...) déposées sur la conjonctive.

Citons tout d'abord nos observations :

OBSERVATION N° 1

D... R., 21 ans. — *Scléro-kératite O D avec œdème chronique de la conjonctive bulbaire.*

10 octobre 1924 : La malade vient consulter pour de légères douleurs de l'O. D. et pour un œdème conjonctival qui semble aller en s'accroissant.

Examen oculaire : O. D. scléro-kératite évoluant par poussée, sans grosse réaction inflammatoire et douloureuse depuis un an; œdème de la conjonctive bulbaire depuis dix mois.

L'O. D. présente de gros placards de scléro-kératite qui, partant de la région d'insertion des muscles droits, se portent en avant et gagnent largement sur la périphérie de la cornée.

L'œil, très blanc dans son segment antérieur, a un aspect porcelainé. La cornée semble diminuée de surface ; toute sa partie périphérique étant confondue sans limite nette avec la sclérotique; de plus, un œdème conjonctival entoure la cornée, surtout marquée en bas et dans la région temporale; la conjonctive souple se laisse mobiliser sur la sclérotique. Au microscope cornéen ; on note une légère hyperhémie de

la circulation superficielle sur la conjonctive décollée de la sclérotique par l'œdème, les fins vaisseaux se terminent au niveau du limbe par des anses vasculaires très nombreuses. Les vaisseaux qui cheminent sous la conjonctive sur la sclérotique sont légèrement dilatés; cette dilatation porte sur les veines (dans lesquelles on aperçoit les globules sanguins qui cheminent du limbe vers la périphérie).

Le centre de la cornée de l'O. D. est normale; l'iris est normal et réagit bien à la lumière; le cristallin est transparent. V O D = 1(—1). F. O., champ visuel, tension : normal.

L'O. G. présente, comme l'O. D., des plaques de scléro-kératite, mais moins étendues. Un examen attentif montre cependant un très léger cercle d'œdème entourant la cornée sur un ou deux millimètres.

Iris, cristallin, champ visuel, F. O., normal; bons réflexes ph. moteurs. V O G — 1 = 1.

Examen local O. D. : conjonctive palpébrale normale; voies lacrymales perméables; pas de points douloureux à la palpation du rebord osseux de l'orbite; pas de ganglions pré-auriculaires appréciables; pas de gêne ni de douleurs dans les mouvements du globe; examen du nez négatif.

Examen général : A. P. deux frères en bonne santé. La malade a présenté, il y a deux ans, une plaque de sclérite à l'O. G. qui a guéri spontanément en sept mois. Luxation congénitale droite de la hanche avec grosse scoliose compensatrice; pas de lésions articulaires au niveau des membres inférieurs; par contre, adénopathie cervicale nette portant sur la chaîne carotidienne et sous-maxillaire.

L'auscultation des poumons est négative, mais un examen radioscopique a montré de l'adénopathie trachéo-bronchique assez prononcée.

Cœur : auscultation radio, négative. T. = 14/8 (Pachon).

La malade se plaignait de troubles gastriques : l'examen

radiologique montra l'absence de stase gastrique et iléale, mais, par contre, un estomac ptose en raison de la scoliose.

En résumé : nous nous trouvons en présence d'une adénopathie cervicale très probablement d'origine bacillaire, de gros placards de scléro-kératite fibreuse (nous n'avons pas recherché une réaction focale à la tuberculine, les lésions de scléro-kératite ne semblant pas en évolution et craignant une réaction oculaire trop violente) et d'un épanchement de la conjonctive bulbaire ayant évolué secondairement et parallèlement à ces lésions de scléro-kératite, très vraisemblablement bacillaires d'après leur aspect clinique et les antécédents de la malade.

OBSERVATION N° 2.

Mme E..., 37 ans. — *Œdème chronique de la conjonctive bulbaire O. D. G.*

La malade vient consulter pour un larmoiement de l'O. G., datant de quinze ans; les voies lacrymales sont difficilement perméables aux petites sondes.

L'examen du segment antérieur de l'O. G. ne révèle rien de particulier : la cornée, l'iris, le cristallin sont normaux, mais on note un œdème léger de la conjonctive bulbaire O. G.; au Gullstrand on trouve une petite zone où la coloration de la sclérotique est un peu différente de celle du tissu environnant et où la vascularisation sous-conjonctivale semble plus marquée. V. O. G. = 1. F. O. normal. Champ visuel normal. Bons réflexes ph. moteurs.

O. D., léger œdème conjonctival; segment antérieur de l'œil, normal à l'examen à la loupe et à la lampe à fente. F. O. normal. V. O. D. = 1.

Examen général : A. H. : père mort 61 ans (cardiaque); mère en bonne santé. A. P. deux enfants en bonne santé, pas de

fausses couches; à l'âge de trois mois, mal de Pott soigné pendant deux ans; actuellement cyphose.

Examen ganglionnaire : adénopathie très nette, cervicale, inguinale, trachéo-bronchique.

Cœur normal. Rein : pas d'albumine, pas de sucre, urée sanguine normale.

Réflexes : rotuliens, achilléens : normaux; radial, cubital, olécrâniens, normaux.

En résumé : antécédents bacillaires très nets et œdème conjonctival; de plus on note sur la sclérotique de l'O. G. une petite zone assez vascularisée; plaque légère de sclérite bacillaire.

OBSERVATION N° 3.

BEL F., 15 ans. — *Sinusite fronto-ethmoïdo-maxillaire droite et chemosis.*

Coryza aigu le 13 janvier 1924.

Le 16, gonflement rapide des paupières, céphalée, hémicranie, enchifrènement.

20 janvier, œdème modéré des paupières, douleur à la pression dans l'angle interne de l'orbite, légère exophtalmie, chemosis, limitation des mouvements du globe, diplopie croisée, voies lacrymales perméables. V O D = 1. V O G = 1.

Examen rhinologique : sinusite fronto-ethmoïdo-maxillaire aiguë droite, diaphanoscopie, sinus maxillaire opaque, pus méat moyen, points douloureux fronto-ethmoïdaux.

OBSERVATION N° 4.

Autochrome 543-546. — T... L., 30 ans. — *Œdème des paupières et de la conjonctive O. G. par sinusite ethmoïdale (d'origine dentaire).*

La malade vient consulter le 23 octobre 1911 pour une tuméfaction de la paupière supérieure et de la conjonctive de l'œil gauche. Par l'interrogatoire de la malade on apprend qu'un mois et demi auparavant elle a fait un abcès dentaire; on enlève à cette date la dent malade; huit jours après cette intervention, elle mouche du pus, puis peu à peu s'installe l'œdème palpébral et conjonctival.

Le 23 octobre 1911, la paupière supérieure est œdématiée, douloureuse à la pression, surtout à la partie supéro-interne; l'examen rhinologique montre de l'opacité du sinus frontal gauche.

Le 30 octobre 1911, dans la nuit du 29 au 30, un abcès s'ouvre spontanément à un centimètre au-dessus du bord palpébral et de la commissure interne : pus abondant, épais, blanchâtre, sans odeur; l'examen microscopique montre la présence de nombreuses espèces microbiennes (spirilles, pneumocoques, bacilles fusiformes).

Le 1^{er} novembre, l'amélioration est très accusée; la paupière supérieure se relève mieux et la suppuration est moins abondante.

L'examen rhinologique montre du côté gauche, dans le méat moyen, de gros polypes derrière lesquels on voit sourdre du pus bien lié.

Le cornet moyen est hypertrophié et la muqueuse œdématiée; l'éclairage du sinus maxillaire décèle une transparence diminuée pour la partie supérieure; même constatation pour le sinus frontal.

5 novembre, ponction du sinus maxillaire.

18 novembre, nouvelle ponction; après l'intervention, érysipèle et séjour au Vésinet.

Le 26 janvier, cicatrice peu apparente, légère dépression à la racine du nez.

OBSERVATION N° 5.

Ch. A..., 58 ans. — *Œdème conjonctival localisé secondaire à un pinguecula O. G.*

Août 1924 : Le malade a remarqué, il y a cinq semaines, un léger œdème de la conjonctive bulbaire de l'O. G. Cet œdème est localisé au niveau de la partie nasale de cet œil, la partie de la conjonctive œdématiée siège entre le limbe et l'angle interne de l'œil.

A l'examen : on note au niveau de l'œdème une petite tache jaune pâle, surélevée, occupant la conjonctive bulbaire avec laquelle elle est mobile; cette tache jaune a 2 mm. de long sur 1 mm. de large.

L'examen au Gullstrand montre sous une mince couche de la conjonctive, près du limbe nasal, une formation en forme d'arc ressemblant à un petit bourgeon charnu, bien délimité, de couleur blanc jaunâtre sans aucune vascularisation : les vaisseaux conjonctivaux passent devant cette masse ou la pénètrent : V. O. D. = 1; V. O. G. = 1. F. O. normal O. D. G. Bons réflexes ph. moteurs O. D. G.

OBSERVATION N° 6.

(Observation communiquée par le Docteur Challious.)

M. C..., 17 ans. — *Œdème chronique de la conjonctive bulbaire O. D.*

11 juillet 1911 : La malade s'est aperçue, il y a un mois, de la modification survenue du côté de son œil.

On constate une infiltration œdémateuse de la moitié inférieure de la conjonctive bulbaire; les paupières ne sont pas collées le matin.

L'infiltration occupe la moitié inférieure de la conjonctive bulbaire et elle s'arrête suivant une ligne horizontale parta-

geant le globe dans sa hauteur et formant un petit ourlet autour de la moitié inférieure de la cornée; il n'y a pas de vascularisation péricératique.

O. D. : F. O. normal; vision normale; V O D (O G — 1) = 1. Champ visuel normal.

O. G. : V. O. G. = 1. F. O. normal.

Urines : ni sucre, ni albumine. Wassermann négatif.

Cette malade, vue en mai 1913, présentait le même état conjonctival.

OBSERVATION N° 7.

L... Adolphe, 49 ans. — *Cedème chronique de la conjonctive bulbaire O G.*

25 juin 1924 : On a attiré l'attention du malade, il y a huit jours, sur l'aspect de son œil gauche, dont la fente palpébrale est plus ouverte et dont la conjonctive bulbaire est soulevée par un liquide séreux.

L'O G n'est pas collé le matin; pas de sécrétion; le malade éprouve un peu de gêne, une sensation de gonflement de l'O G.

Pupilles égales O D = O G, réflexe photomoteur normal O D G, pas d'œdème palpébral.

Etat général. — Première poussée de tuberculose pulmonaire à 23 ans.

Réformé pour tuberculose pulmonaire; ne semble pas avoir fait de poussées évolutives depuis 3 ou 4 ans.

Urines : ni sucre, ni albumine.

Sang : *Bauer, W. T. négatif.*

Le malade examiné le 30 juillet présentait le même état de sa conjonctive.

OBSERVATION N° 8

D... M., 46 ans. — *Œdème chronique de la conjonctive bulbaire, sans lésions oculaires, chez une rénale.*

18 juin 1924 : La malade a remarqué depuis deux mois que son œil droit n'est plus semblable au gauche.

Examen oculaire O D : pupilles égales, photomoteur normal. F. O. normal; V O D=1.

Mais œdème de la conjonctive bulbaire et du cul-de-sac inférieur.

O G, très léger œdème.

Examen général : Antécédents, une fille morte à 15 ans (sarcome du rein), deux fils bien portants.

Pas de fausses couches, pas de spécificité.

La malade a présenté, vers l'âge de 25 ans, pendant quatre ou cinq mois, de l'anémie, une asthénie marquée, un œdème malléolaire discret, un peu d'albumine; puis tout rentre dans l'ordre. L'interrogatoire de la malade ne permet pas de fixer l'étiologie de cette légère poussée de néphrite survenue il y a 20 ans.

La malade ne se souvient pas d'avoir eu à cette époque une maladie infectieuse, une grippe, une infection rhinopharyngée.

Pas de Σ . Notre malade a noté seulement, à cette époque, avec son amaigrissement, une toux sèche, un point de côté, un état subfébrile qui peut faire songer à une légère poussée de tuberculose à cette époque. Mais les néphrites banales tuberculeuses, qui ne sont pas folliculaires, prêtent encore à discussion.

Un an après : grossesse sans aucun trouble apparent, sans œdème, sans albumine.

Trois ans après : deuxième grossesse, mais cette fois avec œdème et albumine. Tout rentre dans l'ordre après la naissance de l'enfant.

Il y a un an, sans cause appréciable, la malade a été prise

d'étourdissements passagers, de vertiges; elle est essoufflée facilement.

D'autre part, elle présente les petits signes du Brightisme décrits par Dieulafoy.

C'est tantôt une sensation de doigt mort, tantôt des crampes dans les mollets, de la cryesthésie, un peu de céphalée qu'accuse la malade.

Puis est apparu il y a six mois de l'œdème conjonctival du côté droit assez marqué et un œdème très léger de l'O G.

Actuellement, 15 novembre 1924 : l'œdème conjonctival a disparu entièrement; il ne reste plus qu'une laxité nette de la conjonctive O D.

Examen général. — Cœur normal, pas d'hypertrophie, pointe derrière la cinquième côte, pas de galop, pouls à 80. T. A. 18/10 (Pachon); la palpation de l'artère radiale montre une artère souple, pas de congestion des bases pulmonaires.

Pas de lésions organiques du système nerveux. Urines émises en quantité normale; pas d'albumine ni de sucre.

En résumé. — Nous nous trouvons en présence d'une malade qui a présenté, il y a 20 ans, une poussée de néphrite d'étiologie inconnue; qui au cours de sa deuxième grossesse a présenté de l'albumine et des œdèmes, et qui, il y a six mois, a présenté une néphrite subaiguë semblant à peu près terminée cliniquement aujourd'hui.

Cette néphrite a débuté par le tissu sous-conjonctival qui est resté imprégné d'œdème plusieurs mois.

Ne voyons-nous pas, au cours de certaines néphrites œdémateuses, l'œdème infiltrer parfois les paupières, puis en rester là et disparaître quand la guérison survient ? Quand, chez un malade se présentant comme un rénal ou ayant déjà présenté des poussées subaiguës de néphrite, apparaît l'œdème de la conjonctive bulbaire (cet œdème peut être le premier signe extérieur de l'hydratation des tissus), il faut, par la méthodes des pesées, jointe au bilan des chlorures ingérés et excrétés, reconnaître la rétention chlorurée qui, alors qu'elle

ne se manifeste par aucune infiltration des téguments externes, gagne les viscères profonds et provoque des troubles importants.

Nous avons engagé notre malade à faire doser son urée sanguine, malgré l'absence chez elle des signes de néphrite azotémique et l'avoir engagée à consulter, dès la réapparition de son œdème conjonctival.

OBSERVATION N° 9

R... Léon, 34 ans. — *Œdème chronique de la conjonctive bulbaire O D.*

Le malade vient consulter à Lariboisière pour la première fois en janvier 1924. Il a remarqué depuis un an un gonflement au niveau de l'œil droit.

Examen oculaire O D : paupière normale. Cependant léger œdème du bord ciliaire de la paupière supérieure; surtout chémosis blanc entre III heures et IX heures avec empreinte palpébrale.

Le 24 novembre, on note toujours un pinguecula petit du côté nasal.

V O D=1. La cornée, l'iris, le cristallin sont normaux à l'examen à la lampe de Gullstrand; l'iris droit réagit normalement à la lumière. On note une certaine anisocorie. O G $\supset$ O D. Fond d'œil normal.

O G léger œdème du bord ciliaire de la paupière supérieure; pas d'œdème conjonctival.

V O G 1/10. Cataracte O G.

Fond d'œil : staphylome postérieure, lésions maculaires.

Examen local (O D).

Paupières normales, voies lacrymales perméables, examen de la glande lacrymale O D négatif.

La palpation des rebords orbitaires ne montre rien de spécial. Rien à l'auscultation de l'orbite.

L'examen du nez et des sinus ne révèle rien de particulier.
Aucun trouble dans les mouvements du globe.

Examen général : cœur, rien à l'auscultation. T. 18/10 (Pachon). Pouls 80.

Poumon : examen négatif.

Urines : ni sucre, ni albumine.

Antécédents : Depuis l'âge de 28 ans, souffre de rhumatisme articulaire, surtout au niveau des genoux.

Pas de maladie grave, sauf parathyphoïde en juillet et août 1924.

OBSERVATION N° 10

M. R... O., argentin, 30 ans. — *Ténionite sérique.*

Le 3 décembre 1924 le malade a reçu une blessure dans la région du sourcil droit; blessure longue de 3 centimètres, intéressant la peau et le tissu cellulaire et une autre superficielle dans la région malaire du même côté.

Le médecin traitant du malade pratique une suture de la plaie suivie d'une injection de sérum antitétanique de 10 cm 3.

Quatre jours après l'accident le malade présente un œdème palpébral léger bilatéral et surtout un énorme chemosis bilatéral; la sécrétion de la conjonctive est légère.

Tel était le seul trouble présenté par le malade à cette date; il s'y ajoutait une gêne légère des mouvements du globe.

V O D=1. F. O. normal.

V O G=1. F. O. normal.

Deux jours après, six jours après l'accident, le malade est pris de malaise, de courbatures, de douleurs articulaires; la température s'élève à 40 degrés, une éruption généralisée d'urticaire, etc.

Ces symptômes généraux vont, dans les jours suivant, en s'atténuant, ainsi que l'œdème de la conjonctive qui a disparu en quelques jours.

Chez ce malade, l'œdème sous-conjonctival fut le premier signe de l'éruption sérique.

L'épanchement dans la séreuse de Tenon est analogue aux œdèmes localisés, mais surtout aux épanchements dans les séreuses secondaires aux injections de sérum (épanchement pleural, etc., etc...).

OBSERVATION N° 11.

Œdème conjonctival précurseur de lésion angioscléreuse de la rétine (malade ayant présenté des lésions d'angiosclérose rétinienne d'abord à gauche, puis dix mois après à droite, lésions rétinienne précédées chaque fois, pendant quelques jours d'un chémosis du même côté).

D. A..., 57 ans. — Vient consulter dans le service d'ophtalmologie de l'hôpital Lariboisière pour un chémosis séreux de la conjonctive bulbaire de l'O G.

Pas de lésions cornéennes, pas de modifications ophtalmoscopiques du fond de l'œil (dilatation pupillaire à l'atropine pour l'examen.

En quelques jours le chémosis a disparu peu à peu.

Le 29 avril 1912, le malade revient à la consultation, se plaignant d'une baisse de la vision de l'œil gauche.

a) Examen oculaire : O G compte les doigts à 0 m. 50. Champ visuel aboli dans la moitié nasale avec scotome central,

F O : papille un peu pâle, macula rouge foncé, se détachant sur la rétine blanchâtre et légèrement œdématiée.

O D : V O D = 1. Champ visuel normal.

b) Examen général : A. H. : père mort à 47 ans (tuberculose pulmonaire; mère morte à 70 ans (atrophie optique traitée par iodure de K).

A. P. : marié, pas d'enfants; femme pas de fausses couches; pas de stigmates de E.; réaction de Wassermann négative.

Otite moyenne depuis 7 ans.

Epistaxis intense fin janvier 1912.

Urine : ni sucre, ni albumine.

On prescrit au malade un régime hypotenseur (iodure de K, purgations, etc...).

Le 15 mai 1922 : le malade vient consulter.

V O D = 1.

V O G = $1/50^{\circ}$ dans la partie périphérique du champ visuel; pas de douleurs oculaires.

Le 7 juin, amélioration de l'acuité visuelle. V O G = $4/50^{\circ}$. Le malade reste sept mois sans revenir à la consultation. On le revoit le 29 janvier 1913 avec un chemosis de l'O D datant de trois jours; le malade se plaint de quelques douleurs intermittentes de l'O D. V O D = 1. V O G = $1/10^{\circ}$.

Le malade revient le 6 mai 1913; il présente toujours un chemosis de l'O D.

De plus, V O D = $1/2^{\circ}$. L'examen ophtalmoscopique montre la présence d'exsudats blanchâtres dans la rétine (du type a'buminurique).

V O G = $5/50^{\circ}$.

Le malade entre dans le service le 15 mai 1913 en raison de la gravité de ses lésions oculaires d'une part; d'autre part en raison de son état général mauvais.

Examen général : malade amaigri, teint terreux, dyspnée d'effort, œdème malléolaire.

Cœur : bruit de galop.

• Poumons : submatité aux bases pulmonaires sans signes de bronchite diffuse.

Langue saburrale, diarrhée, troubles gastro-intestinaux.

Examen urinaire : quantité d'urine en 24 heures : 1 litre 5, couleur ambrée.

Aspect limpide, réaction acide, densité 1014; urée : 12 gr. 8 par litre; 19 gr. 21 par 24 heures.

Chlorure de Nach : 4 gr. 73 par 1.000 cm³; 7 gr. 09 par 24 heures.

Albumine, 2 gr. 22 par 24 heures.

Glucose, néant.

Pigment biliaire, néant.

Urée sanguine, 0 gr. 558 par litre.

Examen oculaire : V O D = 5/10°. F. O. : taches blanchâtres; hémorragies; V O G : compte les doigts à 0 m. 30; exsudats rétinien.

Dès lors le malade présente un affaiblissement progressif et rapide; les urines sont rares; dyspnée constante.

Le malade meurt le 14 juin 1924.

Résumé. — Nous nous trouvons en présence d'un malade qui a présenté, en avril 1922, du chémosis de l'O G, puis quinze jours après des lésions d'angiosclérose du fond de l'œil gauche, puis qui dix mois après a eu du chemosis de l'O D suivi de lésions rétinien (du type albuminurique).

OBSERVATION N° 12.

D... Andrée, 4 ans. — *Œdème chronique de la paupière supérieure et de la conjonctive O G.*

La malade, adressée par le docteur Sebileau, vient à la consultation d'ophtalmologie de l'hôpital Lariboisière le 20 octobre 1916.

La mère a remarqué, il y a seize mois environ, que l'œil gauche de l'enfant se fermait peu à peu et que la joue se tuméfiait; elle va consulter le docteur Sebileau qui l'adresse au service d'ophtalmologie.

On constate à cette date : un épaississement et un abaissement de la paupière supérieure de l'O G, surtout marquée dans le 1/3 externe, coexistant avec un œdème conjonctival du côté temporal.

Pas de modifications du rebord orbitaire; élargissement très accusé de la région gingivale gauche du maxillaire supérieur.

La mère a trois enfants bien portants de 13, 6 et 4 ans.

L'examen radioscopique pratiqué ne montre pas de différence entre les côtés droit ou gauche.

OBSERVATION N° 13.

W... Emile, 50 ans. — *Œdème orbito-conjonctivo-palpébral récidivant avec ptosis (paralysie faciale gauche).*

Vient consulter dans le service d'ophtalmologie de l'hôpital Lariboisière pour la première fois le 19 janvier 1917.

Le malade, forgeron de son métier, a toujours eu une bonne santé.

Marié sans enfants; un enfant mort à 3 mois.

En juin 1916, il souffre des yeux pour la première fois; il présente à cette époque un œdème de la paupière supérieure gauche, avec ptosis. Cette poussée d'œdème, accompagnée de céphalée, a duré deux mois, puis tout rentre dans l'ordre.

En septembre 1916, a eu presque simultanément une paralysie faciale gauche et un œdème de la paupière gauche avec ptosis qui a duré huit jours; la paralysie faciale n'a duré que trois semaines. Le malade reprend son travail, mais vers le 15 janvier 1917, il est repris de douleurs frontales, de sensations de tiraillement dans l'O G et de chute de la paupière supérieur.

R. W. négatif. Le malade, du 15 au 26 janvier, reçoit trois injections de 914.

Le 26 janvier 1917 : l'œdème a disparu, mais le ptosis persiste. La paupière supérieure recouvre la moitié de la cornée à gauche, alors qu'à droite l'écartement des paupières est normal.

On pratique jusqu'au 2 février 1917 deux nouvelles injections de 914 et, à cette date, l'amélioration est très accusée, le ptosis a presque complètement disparu, plus de douleur. Bon état (phot. 301).

Le malade se repose un mois et fait une nouvelle série d'injections d'arsénobenzol. Il revient le 8 juin 1921 avec une poussée d'œdème occupant cette fois la paupière inférieure gauche avec léger soulèvement du globe et œdème du cul-de-sac conjonctival inférieur; léger trouble visuel, diplopie croisée.

F. O. normal. Le malade est mis au traitement spécifique (6 injections d'arsénobenzol.

Le 3 octobre 1921 : gros chémosis O G, surtout marqué en bas. La paupière supérieure est rouge et œdématiée, donnant à la palpation la sensation d'une induration profonde; limitation des mouvements du globe dans le sens vertical.

Urines : ni sucre, ni albumine.

Examen rhinoscopique (docteur Dufourmentel) : rhinite atrophique double, plus accentuée à gauche qu'à droite, sinus maxillaires clairs (traité en oto-rhino par des attouchements des cornets au nitrate d'argent).

V O D G = 5/5°. O G : stase papillaire au début; œdème des bords papillaires; tortuosités et dilatations des veines.

Le 8 novembre 1921, examen du docteur Dufoumentel : nerfs crâniens normaux.

La VIII^e paire, en particulier, donne des réactions normales à toutes les épreuves.

Barany, vertige voltaïque, vertige rotatoire sont normaux.

F. O. : stase papillaire.

Chémosis O G.

9 novembre 1921 : pupilles égales.

Réflexes pupillaires existent à la lumière et à la convergence.

V O D = 5/5°. T O D = 8/7,5.

V O G = 5/5°. T O G = 8/7,5.

Le 12 novembre 1921 : chémosis et œdème palpébral.

Le traitement arsénical est continué.

T artérielle : 12/19 (Laubry).

P. lombaire. T. : 36 (Claude). Liquide clair. On retire 15 cen-

timètres cubes. Ex. cytologique : 1 élément par mm³ à la cellule de Nageotte. T O D = 8/7,5. T O G = 8/7,5.

Urée sanguine : 0 gr. 41 par litre.

Le 19 novembre 1921 : le malade se sent mieux, mais il y a encore à gauche du chémosis et de la stase papillaire sans hémorragies; à droite, grosse stase avec hémorragies.

Le 21 novembre 1921 : commencement d'œdème orbito-conjunctivo-palpébral à droite, ptosis.

Le 25 novembre 1921 : régression de l'œdème du côté droit, tandis qu'à gauche on note un gros œdème palpébral, du chémosis et une légère exophtalmie. Limitation des mouvements du globe en haut et en dehors.

Sensibilité cornéenne normale.

Radio, négative. Examen des sinus, négatif.

Le 2 décembre 1921, l'œdème orbito-conjunctivo-palpébral gauche a presque disparu, mais il persiste du strabisme externe; la diplopie persiste. F. O. : double stase papillaire plus marquée à droite.

Le 4 décembre 1921 : exéat.

OBSERVATION N° 14.

F... Jean, 19 ans. — *Chémosis et périostite suppurée du frontal.*

Le malade vient consulter dans le service d'ophtalmologie de l'hôpital Lariboisière le 11 mai 1912.

Il raconte que la paupière supérieure de son œil gauche est devenue rouge le 9 mai. En même temps survenaient de la fièvre, de l'anorexie, des courbatures, de la céphalée, etc...

La paupière supérieure gauche présente de l'œdème inflammatoire; il y a un gros chémosis.

De plus, du côté gauche, on trouve de l'adénopathie auriculaire avec périadénite.

A l'interrogatoire du malade on ne trouve rien de particulier dans ses antécédents héréditaires et personnels.

Le 13 mai, grosse adénopathie préauriculaire à gauche; l'œdème palpébral très intense et gagne la région temporale gauche; le chémosis est très marqué; au niveau de la commissure palpébrale externe on remarque une solution de continuité.

Limitation des mouvements du globe.

L'examen du nez et des sinus est resté négatif. Les signes fonctionnels et généraux ont diminué. O oscille entre 38°2 et 37°.

Le 15 mai : pendant la nuit le malade a présenté des épistaxis; on note de la douleur à la pression de la partie supéro-interne de l'orbite gauche; l'œdème palpébral et le chémosis sont toujours considérables.

Le 16 mai : l'empâtement de la région frontale et sourcilière gauche persiste, ainsi qu'un gros œdème de la paupière supérieure gauche. Le chémosis intense recouvre la cornée. La cornée est claire, les mouvements du globe sont possibles dans toutes les directions; pas de réaction du globe oculaire lui-même.

Le 17 mai : on pratique une ponction exploratrice au niveau de la bosse frontale moyenne; on retire du pus grisâtre, avec liquide, non fétide. L'examen direct du pus montre des diplocoques intra-cellulaires.

Culture un gélose ascite, à l'air libre : streptocoques;

Culture en milieu anaérobie : streptocoques.

On évacue alors le pus par une large incision frontale; drainage, pansement.

Le 18 mai : le malade s'est trouvé soulagé; l'œdème frontal a diminué, mais l'œdème palpébral et le chémosis sont toujours très marqués.

Le 24 mai : la plaie d'incision ne secrète plus. Une exploration à la sonde cannelée du foyer montre une surface osseuse dénudée; puis une perte de substance dans laquelle la sonde

s'enfonce et ramène du pus, alors que la pression de la paroi antérieure du frontal ne fait pas sourdre de pus.

Le chémosis et l'œdème palpébral persistent. Le malade passe à cette date dans le service d'oto-rhino-laryngologie.

Le 6 juin, il rentre dans le service d'ophtalmologie (on a pratiqué une résection de la paroi ant. du sinus frontal), plaie coaptée, ne suppure plus; il persiste un léger gonflement palpébral O G.

Le 17 juin, exéat.

OBSERVATION N° 15.

M... P., 22 ans. — *Œdème chronique de la paupière supérieure O G.*

Le 24 octobre 1924, la malade remarque pour la première fois un œdème marqué de la paupière supérieure O G; depuis lors, l'œdème a persisté avec quelques oscillations dans l'intensité, semblant augmenter avec les périodes menstruelles.

Le 5 janvier 1925, on constate un léger œdème de la paupière O G et de la diminution de la fente palpébrale gauche, avec une légère infiltration de la conjonctive au niveau du cul-de-sac supérieur.

Pas de sensibilité à la pression. Limitation du mouvement de relèvement du globe.

V O D = 1. V O G = 1. Pas de diplopie. Fond d'œil normal.

R. W. négative.

Urines : néant.

12 janvier, l'œdème a disparu.

Séméiologie

Nous classerons à part le relâchement de la conjonctive chez les gens âgés et l'œdème par fistule (traumatique ou opératoire) faisant communiquer la chambre antérieure et les espaces sous-conjonctivaux.

Le relâchement de la conjonctive chez le vieillard peut simuler un chémosis chronique. La conjonctive du bulbe semble devenue trop grande en apparence pour recouvrir la partie antérieure du globe oculaire. Ayant perdu ou relâché ses points d'attaches naturels à la sclérotique, elle vient faire un pli autour de la cornée, ce pli surtout marqué à la partie inférieure, entoure complètement la cornée.

Cet état peut être si léger qu'on l'aperçoit à peine, ou poussé au point de déterminer une difformité choquante et de gêner même les mouvements du globe.

Certains auteurs, comme Desmarres et Mackenzie, ont retrouvé quelquefois cette disposition chez de jeunes sujets.

L'œdème par fistule entre la chambre antérieure et le tissu sous-conjonctival peut être traumatique, faisant communiquer la chambre antérieure avec le sac conjonctival à travers une perforation de la cornée, ou secon-

daire à la sclérecto-iridectomie antiglaucomateuse. La fistule produite au niveau de la sclérectomie déverse, dans ce cas, son liquide dans le tissu cellulaire sous-conjonctival. La boule d'œdème fait saillie sous la conjonctive; son volume n'est pas toujours égal chez un même malade.

Lorsque l'œil glaucomateux n'a pas présenté depuis longtemps de poussées d'hypertension, l'œdème tend à diminuer; au contraire, s'il se produit une poussée hypertensive, la boule d'œdème augmente de volume.

A) Œdème conjonctival de Causes locales

(lié à une affection du globe, de ses annexes, de l'orbite, des sinus de la face, etc...).

a) CHÉMOSIS SYMPTOMATIQUE D'UNE AFFECTION CONJONCTIVALE.

Syphilis de la conjonctive. — a) *Chancre.* — Le siège le plus fréquent du chancre conjonctival est le grand angle de l'œil, et particulièrement le repli semi-lunaire; on le trouve aussi sur la conjonctive du tarse ou du cul-de-sac inférieur; il se présente cliniquement par une tuméfaction des paupières, et l'examen direct de la conjonctive fait constater la présence d'une exsudation blanchâtre pouvant faire penser parfois à la diphtérie.

Plus rarement, il est vrai, le chancre siège sur la conjonctive bulbaire, où nous le voyons sous la forme d'une saillie papuleuse à centre légèrement déprimé.

Les régions voisines de la conjonctive bulbaire sont alors le siège d'un œdème jaunâtre assez considérable; cet œdème s'observe aussi quand le chancre siège sur la conjonctive tarsienne ou dans les culs-de-sac. L'apparition de cet œdème jaunâtre doit faire rechercher une ulcération même minime de la conjonctive avec ses caractères

d'induration, et pratiquer un examen soigneux des ganglions préauriculaires, parotidiens, sous-maxillaires et même des ganglions situés au-devant du sterno-mastoïdien dans les régions sus et sous-hyoïdiennes. On terminera l'examen par la recherche du tréponème à l'ultramicroscope. Les autres manifestations de la syphilis conjonctivale donnent rarement lieu à un œdème véritable de cette muqueuse.

Tuberculose de la conjonctive. — La tuberculose primitive de la conjonctive, qu'elle se présente sous la forme d'une ulcération ou d'un petit follicule isolé, siège le plus souvent au niveau de la conjonctive tarsienne ou au niveau des culs-de-sac.

Les formes ulcéreuses attirent rapidement l'attention du médecin; mais parfois la tuberculose conjonctivale se montre sous la forme d'un petit polype pédiculé entouré souvent d'une légère boule d'œdème; parfois même elle peut simuler le trachome et c'est seulement l'adénopathie préauriculaire, sous-maxillaire et la recherche du B. K. qui fera faire le diagnostic.

Les tuberculoses secondaires ulcéreuses sont cerclées par un œdème local.

Le pinguecula. — Lésion bénigne formant au niveau du limbe une tache surélevée, jaunâtre, s'accompagne fréquemment d'une boule œdémateuse à son niveau; il en est de même au cours de l'évolution des

Tumeurs de la conjonctive. — On a vu au niveau d'un kyste glandulaire, d'un cysticerque sous-conjonctival, la conjonctive, parfois un peu rose au niveau de la paroi

externe du kyste, entourer la tumeur parasitaire d'un cercle d'œdème; il en est de même pour certains dermoïdes et lipomes sous-conjonctivaux.

Les tumeurs malignes, qu'il s'agisse de sarcome ou d'épithéliome dont l'aspect clinique a la plus grande analogie, peuvent entraîner de l'œdème conjonctival soit au début de l'affection, alors que cliniquement la tumeur se présente comme une conjonctivite phlycténulaire ou comme de l'épisclérite chronique; soit à la période d'ulcération; à cette période, en effet, les mouvements des paupières, les irritations extérieures au niveau de la tumeur entraînant une sécrétion, de l'hyperhémie et de l'œdème.

b) ŒDÈME DE LA CONJONCTIVE BULBAIRE AU COURS

DES AFFECTIONS DU SEGMENT ANTÉRIEUR DU GLOBE

Si un chémosis rougeâtre inflammatoire peut accompagner l'évolution d'une iritis aiguë ou d'une iridocyclite et peut durer tout le temps de l'affection, il n'est pas rare non plus de voir survenir un œdème conjonctival péricornéen léger au cours d'une maladie chronique du tractus uvéal.

La présence de cet œdème chez un malade qui se plaint de baisse de l'acuité visuelle devra déterminer un examen soigneux au microscope cornéen de la cornée, de l'iris, de la face antérieure du cristallin et du vitré. Cet examen fera découvrir parfois de légers dépôts de cyclite à la face postérieure de la cornée (dépôts ayant pu passer inaperçus à l'examen à la loupe).

Les sclérites chroniques et surtout la scléro-kératite bacillaire (Obs. 1, obs. 2), s'accompagnent d'un chémosis séreux; mais comme ces plaques de sclérite vont loin en arrière sur le globe, l'épanchement peut occuper à la fois la capsule de Tenon et l'espace sous-conjonctival.

c) TENONITE ET OEDÈME DE LA CONJONCTIVE BULBAIRE.

La capsule de Tenon, comme nous l'avons vu, communique avec le tissu cellulaire sous-conjonctival. C'est ainsi que le liquide épanché autour du globe gagne le tissu sous-conjonctival péri-kératique.

Au cours d'une crise de rhumatisme articulaire aigu, d'une grippe, d'une maladie infectieuse, on peut voir survenir une tenonite séreuse aiguë, caractérisée par un gros chémosis, de l'exophtalmie, un certain degré de gêne dans les mouvements du globe.

Cette tenonite aiguë est précédée de douleurs périoculaires et oculaires parfois très intenses et le chémosis est annoncé par l'apparition de grosses cloques jaunâtres autour de la cornée. Le bourrelet péri-cornéen n'est ni rouge ni très vasculaire; il est surtout formé par une infiltration séreuse. Ce bourrelet débute par le cul-de-sac inférieur, puis va gagner tout le pourtour de la cornée.

Dans les formes aiguës, les paupières peuvent être fortement gonflées; elles sont rouge sale; les veines sont distendues, mais le bord libre des paupières et leurs faces conjonctivales sont normales.

Si l'exophtalmie est souvent nette, elle peut être légère et doit être recherchée par l'examen comparatif des deux

yeux. La diminution de mobilité de l'œil est plus apparente que réelle.

L'examen du fond de l'œil est généralement négatif; parfois cependant on note une baisse de l'acuité visuelle et une légère hyperhémie veineuse rétinienne. Cette tenonite séreuse aiguë évolue en dix jours à trois semaines; dans les cas bénins les phénomènes disparaissent en cinq ou six jours.

La résolution se fait peu à peu; mais souvent une nouvelle poussée peut apparaître comme se produisent une série de fluxions articulaires au cours du rhumatisme aigu ou subaigu. Ces poussées de tenonite peuvent, par leur répétition pendant quelques semaines, déterminer un véritable œdème chronique séreux de la conjonctive bulbaire. A côté de cette tenonite frappant le même œil en plusieurs fois, on peut trouver une tenonite à bascule; parfois aussi la lésion est bilatérale. La forme précédemment décrite ici répond à la tenonite séreuse aiguë; c'est une hydropisie aiguë de la bourse séreuse rétro-oculaire, épanchement analogue à celui que l'on trouve au cours des poussées rhumatismales et qui frappe les bourses séreuses sous-cutanées; les gaines synoviales, etc., etc.

Dans les formes aiguës, les phénomènes prennent une grande intensité, le chémosis est gros, l'exophtalmie nette et la tenonite prend les proportions cliniques d'un phlegmon de l'orbite.

Mais ces formes aiguës sont exceptionnelles; il est plus fréquent de constater des tenonites à allure subaiguë, à évolution lente se traduisant en clinique surtout par un chémosis séreux, par une exophtalmie très légère ou même absente.

Ces formes se rencontrent au cours du rhumatisme articulaire à marche lente.

Chez un blennorrhagique, l'affection peut prendre une allure aiguë; mais elle peut aussi présenter cette chronicité, cette fixité que l'on retrouve dans les complications articulaires gonococciques.

Nous voyons la capsule de Tenon réagir comme les articulations au cours de certaines affections.

Certaines maladies du globe oculaire pourront s'accompagner d'un épanchement de la séreuse de Tenon (comme nous l'avons vu par exemple au cours de l'évolution d'une sclérokératite bacillaire), épanchement analogue à l'hydrarthrose du genou, souvent la seule manifestation d'une atteinte tuberculeuse de cette articulation.

Notre malade était venue consulter pour un œdème bilatéral de la conjonctive bulbaire; elle présentait une sclérokératite de l'O D (Obs. 1), évoluant par poussées depuis un an, sans réaction douloureuse ni inflammatoire; elle présentait de ce côté depuis dix mois un œdème de la conjonctive bulbaire.

De gros placards de sclérokératite, partant de la région où s'insèrent les muscles droits, se portaient en avant, gagnant largement sur la périphérie cornéenne.

L'œil avait dans son segment antérieur un aspect porcelainé. La cornée semblait diminuée de surface, toute sa partie périphérique étant confondue sans limite nette avec la sclérotique.

Un œdème sous-conjonctival entourait la cornée; cet œdème semblait occuper à la fois la partie antérieure de la capsule de Tenon et le tissu sous-conjonctival qui, comme nous l'avons vu, communique.

Chez cette malade l'œdème conjonctival a coïncidé avec l'apparition des plaques de sclérokératite bacillaire.

L'O G de cette malade présentait dans son segment antérieur quelques plaques discrètes de sclérokératite et un œdème léger cerclant la cornée.

Nous avons aussi examiné une femme de 37 ans ayant des antécédents bacillaires très nets. (Obs. 2).

Adénopathie cervicale, inguinale, trachéo-bronchique, Mal de Pott ancien, etc.

Cette malade présentait un larmolement de l'O D d'autant de 20 ans et, depuis trois mois, un œdème de la conjonctive bulbaire survenu sans cause appréciable. Nous avons songé à la possibilité d'une lésion vraisemblablement bacillaire du segment antérieur du globe. L'examen à la loupe du segment antérieur ne nous montre rien de spécial.

Au microscope cornéen on peut voir à 3 mm. du limbe une partie de la sclérotique plus foncé que normalement et au niveau de laquelle les vaisseaux sous-conjoc-tivaux sont un peu hyperthémiés.

L'œdème conjonctival était très probablement symptomatique de cette lésion discrète de sclérite bacillaire.

De même, au cours de la syphilis, on rencontre la tenonite chronique.

De Wecker rapporte l'observation d'une malade de 56 ans qui présentait des gommes superficielles de la sclérotique et des signes de tenonite chronique. Les intoxications chroniques (hydragirisme, iodisme), entraînent de la tenonite.

On avait déjà signalé une conjonctivite et une sclérite iodique avec chémosis.

Dans tous ces cas légers, il est difficile de séparer cliniquement et anatomiquement ce qui appartient à l'œdème sous-conjonctival et à l'œdème tenonien.

Les affections parasitaires déterminent aussi de l'œdème.

Meyer signale que chez un malade porteur d'un chémosis séreux l'incision au niveau d'une partie proéminente de ce chémosis fit apparaître une vésicule large de 1 centimètre renfermant un cysticerque.

Enfin certains kystes de l'orbite peuvent se développer par exsudation dans la bourse séreuse de Tenon. Ces kystes évoluent lentement; ce sont des malades qui présentent depuis quelques mois de l'exophtalmie, de l'œdème conjonctival; de la disparition presque totale des mouvements du globe. L'intervention chirurgicale montre alors la présence d'un kyste de la capsule tenonienne qui est décollée en avant jusqu'à la cornée.

d) OEDÈME DE LA CONJONCTIVE ET AFFECTIONS DES SINUS

DE LA FACE

Les lésions sinusiennes les plus variées (qu'il s'agisse d'affections aiguës ou chroniques de ces cavités) peuvent s'accompagner de chémosis (Obs. 3, obs. 4); mais suivant le sinus touché, suivant l'évolution de la maladie, nous aurons toutes les transitions entre le chémosis intense qui, avec la fièvre, les frissons, l'exophtalmie, est symptomatique d'une phlegmon de l'orbite, et l'œdème léger accompagnent ou précèdent l'exophtalmie au cours de l'évolution d'un empyème chronique de ces cavités.

Nous étudierons tout d'abord le chémosis symptomatique d'une affection aiguë des sinus, au cours d'une sinuosité frontale aiguë par exemple. On peut voir parfois un retentissement léger de l'affection sinusienne au niveau du globe et de ses annexes qui se traduira par de la photophobie du larmolement et de la rougeur conjonctivale; mais souvent les complications orbito-oculaires sont plus graves. L'orbite est menacé au niveau de son angle supéro-interne; il se fait là un phlegmon qui repousse le globe de l'œil en bas et en dehors et le chémosis est très marqué.

Dans les formes aiguës, la douleur frontale, le mouchage de pus, l'évolution d'une grippe, l'examen du méat moyen font faire aisément le diagnostic de sinusite frontale; mais il est des cas d'évolution subaiguë ayant d'emblée un retentissement orbitaire et, de ce fait, le malade se présente d'abord à l'ophtalmologiste. Tel est le cas (Obs. 3) que nous avons examiné; le malade se présentait à nous avec l'aspect clinique d'une tenonite; chez ce malade, la céphalée était peu marquée, la douleur à la pression du sinus frontal peu intense. Ce n'est que par l'interrogatoire (qui nous apprit la présence d'un coryza quelques jours auparavant) et par l'examen rhinologique que l'on put porter le diagnostic de fronto-ethmoïdite. Les sinusités aiguës, maxillaires, frontales, ethmoïdales, sphénoïdales peuvent toutes se compliquer de phlegmon de l'orbite; et en particulier la sinusite sphénoïdale peut être accompagnée d'une thrombo-phlébite du sinus caveux associée à celle de la veine ophtalmique. Dans ces cas aigus, le chémosis associé à l'exophtalmie et à l'œdè-

me palpébral n'a pas le même intérêt clinique qu'il présente au cours d'une sinusite chronique ou d'une mucocéle.

Au cours d'une sinusite chronique, le pus peut être retenu dans le sinus par suite de l'inflammation de la muqueuse et du périoste du canal d'excrétion qui se bouche. Cet abcès subaigu, quand il s'agit du sinus frontal, siège dans la partie supéro-interne de l'orbite et va se fistuliser peu à peu ou brusquement; il s'accompagnera de phénomènes phlegmoneux périphériques. L'ouverture du sinus se fera au niveau de l'angle interne de l'œil et s'accompagnera d'une réaction locale généralement subaiguë avec œdème palpébral et chémosis.

Plus fréquente encore que celles du sinus frontal sont les manifestations orbitaires suppurées des ethmoïdites chroniques; mais avant que la collection purulente se soit fait jour au dehors, il existe pendant un temps assez long une simple infiltration palpébrale et conjonctivale.

Parfois, enfin, c'est une ostéo-périostite d'origine sinusienne qui va retentir sur l'état conjonctival. Dans certains cas la rétention dans une paroi osseuse sinusienne des produits de sécrétion de la membrane muqueuse, distend peu à peu les parois et forme une mucocéle, pseudotumeur qui donnera des signes de compression orbitaire (exophtalmie, diplopie, etc.).

En présence d'un malade porteur d'un chémosis et d'autres signes orbitaires (exophtalmie, etc.), il faudra songer aux lésions sinusiennes, non seulement dans les formes aiguës, mais aussi dans les cas où le malade présente sans grosse réaction générale de l'œdème palpébral

et conjonctival. Il faudra penser à l'évolution d'un empyème ou d'une lésion chronique des sinus. On recherchera avec soin dans l'histoire du malade :

Les antécédents infectieux : une maladie infectieuse ayant déterminé un coryza (la grippe en particulier); la présence de lésions nasales anciennes, spécifiques tuberculeuses, de l'ozène, de polypes muqueux infectés, etc.

On pratiquera un examen dentaire soigneux, surtout si l'on a une affection du sinus maxillaire; on pensera à des infections périapexiennes silencieuses (abcès borgnes, kystes radiculaires, etc.), qui échappent à l'œil et aux doigts du stomatologiste et que seule une radiographie met en évidence; on recherchera chez ces malades, l'écoulement nasal purulent, la sensibilité à la pression des parois des sinus.

On pratiquera l'éclairage des sinus frontaux et maxillaire.

L'examen rhinoscopique et une radiographie des sinus.

e) LES OSTÉO-PÉRIOSTITES DE L'ORBITE.

Comme nous l'avons vu au cours des complications des sinusites s'accompagnent de signes orbitaires, il en est de même pour toutes les ostéo-périostites infectieuses (Obs. 14), de l'orbite et en particulier pour l'ostéo-myélite de croissance (rare cependant à l'orbite).

Dans ces formes aiguës avec des signes généraux graves se développent l'exophtalmie, l'œdème palpébral et conjonctival, etc.

Mais l'ostéo-périostite dans ses formes subaiguës et chro-

niques peut ne pas se terminer par suppuration mais par résolution. La tumeur molle diminue de volume; l'œdème des tissus voisins s'atténue; parfois petit à petit la suppuration peut s'ouvrir à la conjonctive; souvent la conjonctive bulbaire est tuméfiée; la cornée peut s'infiltrer. On peut même trouver une fistule s'ouvrant dans un cul-de-sac conjonctival sans grosse réaction, si ce n'est un peu d'œdème près de la fistule.

Dans la tuberculose l'abcès ossifluent d'évolution froide et chronique va se faire jour au dehors lentement.

Au cours de la syphilis, l'évolution de l'ostéo-périostite peut être aiguë. La paupière est rouge, la conjonctive oculaire injectée, chémotique; le doigt introduit dans le sillon orbito-palpébral sent une masse résistante, douloureuse, enflammée. Mais le plus souvent l'évolution est chronique et se traduit par l'exophtalmie et de l'œdème palpébral et conjonctival.

f) OEDÈME CONJONCTIVAL ET TUMEURS DE L'ORBITE

Les tumeurs orbitaires peuvent s'annoncer cliniquement par un œdème de la conjonctive bulbaire et palpébrale, premier symptôme parfois de leur évolution.

Mais c'est surtout au début d'un exophtalmos pulsatile, d'un sarcome de l'orbite ou de certaines tumeurs des sinus que le fait a été signalé. L'apparition précoce d'un chémosis et d'une grosse dilatation veineuse sous-conjonctivale doit faire craindre chez un blessé ayant eu, peu de temps avant, une fracture du crâne (fracture du sphénoïde intéressant aussi la partie antérieure du rocher),

l'apparition de l'exophtalmos pulsatile. Le chémosis et les bruits intracrâniens sont parfois les premiers symptômes à attirer l'attention; puis rapidement, l'exophtalmie, les pulsations, le thrill, les bruits de souffle complètent le tableau clinique.

C'est aussi au début de l'évolution du sarcome de l'orbite que le chémosis a une assez grande importance sémiologique. Le plus souvent le début du sarcome de l'orbite passe inaperçu; quelquefois le malade accuse des douleurs vagues mal localisées, parfois des névralgies violentes.

Et si à l'apparition des douleurs vives de la partie profonde de l'orbite se joint de l'œdème des paupières et de la conjonctive, il faut songer au sarcome, rechercher avec soin l'exophtalmie et pratiquer une radiographie de l'orbite, de face et de profil. ●

Les tumeurs des sinus de la face, bénignes ou malignes, qu'il s'agisse de kystes, d'ostéomes, de sarcomes, etc., peuvent comprimer les vaisseaux de l'orbite et entraîner du chémosis par stase. C'est surtout dans les tumeurs du sommet de l'orbite, dans les tumeurs sphénoïdales que l'on aura le plus de compression vasculaire; le sinus caverneux et l'artère ophtalmique peuvent être lésés en arrière du trou optique; dans l'orbite, la veine ophtalmique peut être comprimée par un néoplasme agissant sur le sommet de l'orbite; et souvent, dans ces cas, se surajoute de l'hyperthémie rétinienne et de l'œdème papillaire.

g) AFFECTIONS DE L'APPAREIL LACRYMAL ET CHÉMOSIS.

Les affections aiguës des voies lacrymales, les dacryo-péricystites aiguës s'accompagnent d'un chémosis inflammatoire assez marqué. De même la cellulite orbitaire (assez rare cependant) qui peut compliquer l'évolution d'une péricystite aiguë ou même d'une dacryocystite d'allure chronique, se présentera cliniquement par de l'exophtalmie et de l'œdème de la conjonctive bulbaire. Souvent aussi le larmolement simple survenant chez les malades porteurs d'atresie des voies lacrymales détermine de l'irritation du bord palpébral, de l'érythème cutané, une irritation de la conjonctive. Cette conjonctivité lacrymale s'accompagne fréquemment chez les gens d'un certain âge d'un relâchement de la conjonctive.

La dacryoadénite aiguë revêt la forme d'un engorgement phlegmoneux portant surtout sur la moitié externe de la paupière supérieure. La conjonctive est chémotique. La peau est rouge, tendue; les douleurs sont très vives. En examinant le cul-de-sac supérieur dans sa partie externe on peut voir parfois la glande lacrymale qui fait saillie.

Mais la dacryoadénite peut avoir une évolution chronique. Dans ces formes, le cul-de-sac supérieur présente un œdème localisé au niveau de la glande lacrymale. Il faudra alors rechercher soigneusement les antécédents infectieux possibles : oreillons, blennorrhagie, tuberculose, syphilis, etc...

h) CHÉMOSIS COEXISTANT AVEC L'ŒDÈME ESSENTIEL DES
PAUPIÈRES ET L'ŒDÈME A RÉPÉTITION DU TISSU CELLU-
LAIRE DE L'ORBITE.

Nous avons vu (Obs. 12, obs. 15) l'œdème des paupières et l'œdème conjonctival coexister.

Cette infiltration des tissus évolue par poussées; elle peut régresser, puis récidiver.

L'absence de notion étiologique nette a fait ranger ces œdèmes sous la rubrique d'essentiels.

Certains cependant évoluent sur un terrain particulier; tels sont les œdèmes dits « rhumatismaux » caractérisés par un épanchement mobile, fugace, apparaissant à la face, aux paupières, aux conjonctives; parfois on se trouve en présence de l'œdème des paupières seulement. C'est ce que Trousseau a décrit sous le nom d'œdème arthritique des paupières.

Nous avons vu aussi (Obs. 13) que des malades peuvent présenter de l'œdème orbito-conjonctivo-palpébral durant quelques semaines, disparaissant puis revenant. Chez le malade dont nous rapportons l'observations se surajoutait de la stase papillaire bilatérale.

Ces lésions chroniques œdémateuses du tissu cellulaire de l'orbite avaient, selon toute vraisemblance, leur point de départ au niveau des lésions de rhinite chronique que présentait le malade. Cette infiltration pourra se rencontrer au cours d'un grand nombre de lésions de voisinage (ulcérations nasale Σ ou T. polypes muqueux infectés, empyème chronique des sinus, etc...).

B) Œdèmes conjonctivaux de Causes générales

Ces œdèmes sont généralement bilatéraux, et souvent l'épanchement ne se localise pas aux conjonctives seules mais s'étend à tous les téguments et aux viscères.

Dans certains cas cependant le chémosis peut être la première manifestation clinique d'un état pathologique général, et il peut soit rétrocéder, soit précéder la généralisation de l'épanchement aux autres organes. La pathogénie de ces œdèmes est très discutée. Si souvent nous pouvons en saisir la cause (hypertension veineuse, rétention chlorurée, déséquilibre sympathique, exagération de l'hydrophilie colloïdale de nos tissus, etc...), dans nombre de cas leur origine est pour nous tout à fait obscure.

Nous étudierons tout d'abord : a) les œdèmes qui ne se localisent pas aux conjonctives seules, mais touchent l'organisme en entier; puis : b) les œdèmes de causes générales ayant tendance à se limiter aux conjonctives, aux paupières et à la face.

Nous ne nous arrêterons pas sur l'œdème conjonctival secondaire à des lésions éruptives que l'on rencontre au cours des maladies infectieuses : rougeole, varicelle, érythème polymorphe, variole.

a) *Oedème chez les rénaux* (Obs. 8) :

Nous pourrons voir survenir l'œdème de la conjonctive chez les malades porteurs d'un mal de Bright ; mais c'est surtout chez ceux qui sont atteints de néphrite hydropigène avec rétention chlorurée que ce signe est fréquent. Ce sont des sujets qui retiennent du sel, augmentent de poids et finissent par faire des œdèmes.

Aussi chez tout malade ayant présenté des antécédents même légers de néphrite, l'apparition sans cause évidente d'un chémosis bilatéral devra faire rechercher :

Le degré de la rétention chlorurée par la méthode des pesées jointe au bilan des chlorures ingérés et excrétés ;

Le taux de l'urée sanguine, etc...

b) *Chez les cardiaques* :

L'œdème conjonctival et palpébral peut survenir en pleine crises d'asystolie, mais dans ce cas l'œdème a envahi les membres inférieurs, le scrotum, la paroi abdominale. On note de l'ascite de l'hydrothorax, etc...

Dans d'autres cas, au contraire, l'œdème palpébral et le chémosis précède pendant assez longtemps l'anasarque généralisé et est un symptôme révélateur du fléchissement du myocarde chez un malade porteur de lésions valvulaires, de péricardite chronique; de lésions fibreuses emphysémateuses des poumons, etc...

Et c'est pendant cette période d'hyposystolie que le traitement (saignée, purgation, digitaline, etc...) devra être mis en œuvre énergiquement.

c) *OEdème conjonctival au cours des lésions vasculaires (angio-sclérose) :*

Nous avons vu chez un de nos malades, cardio-rénal et artério-scléreux (Obs. 11) de l'oedème de la conjonctive bulbaire par thrombose veineuse probable spontanée des branches de la veine ophtalmique précéder de quelques jours l'apparition de lésions vasculaires du fond de l'œil dans l'O D d'abord, puis dans l'O G quelques mois après.

Ce chémosis léger a la même signification que l'oedème blanc de la phlegmatia alba dolens, localisée sur les extrémités périphériques. Au cours des leucémies on peut aussi observer des thromboses diverses, et en particulier de la veine ophtalmique coexistant parfois avec des hémorragies rétinienne plus ou moins abondantes. Ces thromboses leucémiques ne seraient pas provoquées par une phlébite initiale. Il s'agirait d'un caillot primitivement leucocytaire et non fibrineux.

Le chémosis traduisant l'obstruction de la veine ophtalmique sera des plus marqué au cours de la gêne de la circulation veineuse de l'extrémité céphalique et en particulier à la suite de la compression de la veine cave supérieure par une lésion médiastinale, compression donnant l'oedème en pélerine caractéristique (face, cou, thorax).

d) *OEdème chez les hépatiques :*

Si le plus souvent ces oedèmes sont constitués par l'ascite et l'oedème des membres inférieurs en rapport avec la gêne des circulations porte et cave, dans certains cas (au cours de l'évolution des cirrhoses hypertrophiques graisseuses, par exemple), les oedèmes peuvent gagner les

membres supérieurs, la face, les paupières, les conjonctives.

e) *Chez les diabétiques :*

Fréquemment aussi à la phase dite de dénutrition du diabète on peut voir survenir de l'œdème. Ce n'est pas seulement un œdème malléolaire léger, mais un œdème gagnant la face, envahissant les paupières et parfois les conjonctives.

L'apparition de ces œdèmes chez des diabétiques qui toléraient bien leur maladie jusqu'alors, doit faire redouter l'apparition de graves complications, gangrène, coma, etc...).

f) *Au cours des dysenteries chroniques :*

Des œdèmes généralisés se rencontrent avec rétention chlorurée, sans symptômes de néphrite et sans trouble cardio-vasculaire.

Nous pourrions enfin voir survenir des épanchements palpébraux et conjonctivaux, chez les hypo alimentés, les tuberculeux. Dans l'anémie, la chlorose, la dégénérescence amyloïde et chez les cancéreux à la période cachectique, etc...

B) a) Œdème conjonctival dans les Affections du Système nerveux

Dans un certain nombre d'affections du système nerveux on peut voir de l'œdème se localiser aux conjonctives, aux paupières et aux tissus environnants, mais n'envahissant qu'un espace restreint et ne dépassant pas, bien souvent, le territoire cutané de la V^e paire des nerfs crâniens.

1) Dans les névralgies faciales.

La névralgie du trijumeau touche rarement les trois branches du nerf à la fois : la branche ophtalmique est plus souvent prise que les branches maxillaires supérieure et inférieure. Cette névralgie de l'ophtalmique se traduit d'une part par des douleurs continues, d'autre part par des douleurs paroxystiques survenant sous forme d'accès.

Le malade ressent une série de secousses douloureuses dont l'intensité progresse constamment.

Cet accès dure une demi-heure, une heure et plus, et s'accompagne de rougeur du visage, de battement des artères, d'élévation de la température locale et parfois aussi d'œdème et de vascularisation conjonctivale qui cède généralement après la crise, mais qui peut, dans

d'autres cas, persister très longtemps et s'accompagner d'une hyperesthésie cornéenne et conjonctivale très vive.

2) *Dans le zona ophtalmique.*

Le chémosis peut se présenter à des époques différentes de l'évolution de l'herpès zoster. C'est parfois pendant l'éruption du zona, caractérisée par une série de placards érythémateux localisés à la paupière supérieure, au sourcil, à la région frontale, sans dépasser la ligne médiane, au cuir chevelu de la région occipito-frontale que le chémosis est très net, mais alors le plus souvent symptomatique d'une vésiculation cornéenne ou conjonctivale d'un pronostic sérieux.

D'autre part, l'œdème conjonctival peut accompagner l'évolution lente au cours du zona d'une véritable kératite interstitielle zonateuse infiltrant parfois toute la cornée sans lésions superficielles. L'iritis et l'irido-cyclite aussi, complications relativement assez fréquentes du zona, peuvent déterminer un chémosis léger. Les phénomènes nerveux qui accompagnent l'herpès zoster sont assez nombreux, et parmi ces troubles les douleurs névralgiques paroxystiques peuvent persister longtemps. Elles prennent le type clinique de la névralgie faciale et souvent dans ce cas on a vu l'œdème conjonctival persister pendant toute la durée de ces crises douloureuses, parfois très longues, provoquant l'insomnie et ne cédant qu'à des doses assez considérables de morphine.

Enfin, une véritable ténionite avec gros chémosis, gêne des mouvements du globe, exophtalmie légère, a pu se montrer comme signe précurseur d'un zona ophtalmique du même côté.

Dans le tabès, dans la pachyméningite spinale on a signalé des œdèmes palpébraux et conjonctivaux.

Certaines formes de l'hémorragie cérébrale, du ramollissement s'accompagnent parfois d'une infiltration légère de l'hémi-face des paupières de la conjonctive, et de la moitié du corps.

b) *OEdème conjonctival au cours des intoxications.*

Nous avons déjà vu que sous l'influence d'un certain nombre de toxiques pouvait se développer une véritable ténonite séreuse; c'est ce qui peut se produire au cours de l'hydrargirisme, de l'iodisme, où la ténonite évolue en même temps qu'une conjonctivité et que le coryza. Cet épanchement de la capsule de Tenon peut se rencontrer au cours d'un grand nombre d'autres intoxications (anti-pyrine, bromure, chloral, quinine, morphine, etc...).

Si dans certains cas (dans l'iodisme en particulier) l'œdème a tendance à rester purement conjonctival, dans d'autres, au contraire, il peut gagner les paupières et la face.

L'œdème palpébral est alors souvent accompagné d'une éruption urticarienne, parfois d'éruptions eczématiformes.

C'est surtout dans l'intoxication arsenicale qu'on a noté des poussées d'œdème liées aux éruptions cutanées et se localisant aux paupières.

Cet œdème palpébral et conjonctival accompagne souvent les érythrodermies arsénobenzéniques; il peut précéder ou suivre l'érythème.

Les formes légères ne montrent qu'un léger empâtement des paupières; les formes plus graves déterminent un gros œdème palpébral, conjonctival et une bouffissure de toute une partie du visage.

Tel est l'œdème en rapport avec une intoxication arsénicale chronique ou subaiguë, mais les arsénobenzènes peuvent déterminer des accidents très graves; pendant la crise nitritoïde survient rapidement une congestion du visage avec enflure des lèvres, de la face, des paupières, avec injection et œdème conjonctival. En même temps l'état général est grave, le pouls est rapide, la céphalée est intense. Cette crise grave peut durer de quelques minutes à quelques heures. Elle survient soit immédiatement après l'injection d'arsénobenzol, ou quelques temps après, mais rarement plus de deux heures après.

Souvent aussi on n'observe pas de crise nitritoïde vraie, mais seulement un œdème de la face, des lèvres, des paupières et des conjonctives.

Cet œdème survient le jour de l'injection ou le lendemain et persiste pendant quelques temps. Il reste généralement localisé à la face; exceptionnellement il peut se généraliser.

Pour un grand nombre d'auteurs, les accidents œdémateux que l'on peut rencontrer au cours des intoxications (arsénobenzènes, antipyrine, etc...) s'expliqueraient par des modifications humorales se rattachant à l'anaphylaxie, et chez ces malades on retrouverait les troubles humoraux décrits par le professeur Widal, sous le nom de « choc hémoclasique ». A ce groupe de manifestations cliniques de l'anaphylaxie nous rattacherons l'œdème circonscrit de Quincke, ou urticaire géante qui coexiste souvent avec

l'hémoglobinurie, la maladie de Raynaud, le purpura et surtout l'urticaire. C'est une affection caractérisée par un œdème blanc chronique atteignant souvent les paupières et la conjonctive sous-jacente. Cette maladie héréditaire, familial, évolue sans signes généraux.

L'œdème infiltre la profondeur. Il semble que les tissus sont imprégnés en masse. Ce qui fait la gravité de la maladie de Quinke, c'est l'atteinte assez fréquente des muqueuses pharyngées et laryngées. Très voisin de cet œdème angio-neurotique est la maladie décrite sous le nom de périose rhumatismale (Apert), caractérisée par un œdème blanc ou blanc rosé, évoluant par poussées accompagnées de signes généraux pouvant durer de quelques semaines à quelques mois et touchant parfois les paupières.

On peut se demander aussi si « l'œdème dit essentiel des paupières » à évolution chronique, au cours duquel la peau prend une teinte rosée, s'accompagnant parfois d'une très légère sensation de chaleur, n'est pas une manifestation clinique de l'anaphylaxie (et en particulier un accident de l'anaphylaxie alimentaire). Il en est de même pour certaines œdèmes évoluant par poussées et envahissant le tissu cellulaire de l'orbite, les conjonctives, les paupières, quand une étiologie (cellulite subaiguë de l'orbite à point de départ nasal, sinusien, etc...), ne peut pas être mise en cause. Enfin, au cours de la *maladie des séruns*, le chémosis peut se montrer.

Nous avons vu chez un de nos malades (Obs. 10) survenir quatre jours après l'injection de 10 centimètres cubes de sérum antitétanique, un œdème palpébral léger et

surtout un énorme chémosis bilatéral s'accompagnant d'une gêne des mouvements du globe. Cette ténionite sérique a précédé de 48 heures l'apparition d'une éruption généralisée d'urticaire.

Le chémosis peut se montrer d'abord comme manifestation unique des accidents sériques, puis, plus tard, il peut accompagner les manifestations conjonctivales secondaires à l'urticaire palpébral.

c) *Eczéma des paupières et chémosis.* — L'œdème conjonctival peut accompagner l'eczéma des paupières. Mais c'est surtout dans la forme décrite sous le nom d'« eczéma érysipélateoïde » que les signes cliniques sont au maximum : la rougeur des paupières est intense, le chémosis est très marqué.

Nous terminerons en signalant l'infiltration plus ou moins marquée des paupières et du tissu sous-conjonctival au cours des maladies des glandes endocrines et du *myœdème* en particulier.

Conclusions

En résumé, dans la majorité des observations précitées, on a pu trouver la cause de l'œdème conjonctival chronique par un examen méthodique :

De la conjonctive, du segment ant. du globe, de l'appareil lacrymal, de l'orbite, du nez et des sinus, etc...;

Ou par un examen clinique général qui nous a montré des lésions organiques du rein, du cœur, des vaisseaux, du système nerveux, etc...

Le chémosis était symptomatique :

De sclérite bacillaire (obs. 1), (obs. 2);

De lésions sinusiennes (fronto-ethmoïdite) (obs. 3), (obs. 4);

D'une périostite de l'orbite (obs. 14);

D'une ténonite sérique (obs. 10);

D'un mal de Bright (obs. 8).

Dans un cas l'œdème conjonctival fut signe précurseur de lésions rétiniennes chez un artério-scléreux (obs. 11).

Deux autres fois, il accompagnait l'œdème dit*essentiel des paupières (obs. 12), (obs. 13).

Enfin nous avons vu (obs. 14) un gros chémosis en rapport avec l'infiltration chronique du tissu cellulaire de

l'orbite et la stase papillaire chez un malade porteur de lésions nasales.

Par contre, malgré les examens les plus variés, l'étiologie du chémoïs n'a pu être décelé chez les malades des observations 6, 7 et 9.

Vu, le Doyen,

ROGER.

Vu, le Président,

LECÈNE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

APPELL.



IMP. COMMERCIALE PERRETTE, LIMOGES





